

Příloha č. 1 Základní škola a Mateřská škola Hodice, příspěvková organizace

Hodice 86 589 01 Třešť

IČ: 71010521

skola@hodice.cz

567 224 739 / 776 889 507

Příloha č. 1

Mateřská škola Hodice, Hodice 130

Jméno a příjmení účastníka řízení: _____

Datum narození: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

1. Dítě je zdravé, může být přijato do mateřské školy.

2. Dítě vyžaduje speciální péči v oblasti:

(odpovídající zaškrtněte)

zdravotní

tělesné

smyslové

jiné _____

3. Jiná závažná sdělení o dítěti:

Alergie: _____

4. Souhlasím s možností účasti dítěte na akcích školy – plavání, škola v přírodě, školní výlety, lyžování

POTVRZENÍ PEDIATRA O ŘÁDNÉM OČKOVÁNÍ DÍTĚTE

pro účely přijetí do mateřské školy

podle § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Dítě je řádně očkováno.

Dítě není řádně očkováno, ale proti nákaze je imunní nebo se nemůže očkování podrobit pro trvalou kontraindikaci.

Dítě není řádně očkováno z jiných důvodů, tudíž nesplňuje § 50 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

V _____

dne _____

Razítko a podpis lékaře